

ניהולן הציבורי של קופות-החולים בישראל

דב צ'רניחובסקי, שלמה מזרחי, צבי פרנקל

ירושלים, אדר א' תשס"ח, פברואר 2008

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02 5671818

פקס: 02 5671919

דואר אלקטרוני: info@taubcenter.org.il

כתובתנו באינטרנט: www.taubcenter.org.il

נדפס בדפוס מאור-ולך, ירושלים

ניהולן הציבורי של קופות-החולים בישראל

דב צ'רניחובסקי, שלמה מזרחי, צבי פרנקל

תוכן העניינים

5	פתח דבר
7	1. מבוא וסיכום
10	2. הצגת קופות-החולים
11	3. האחריות הציבורית (accountability) של קופות-החולים
20	4. האחריות המשפטית של קופות-החולים
23	5. תקנוני קופות-החולים
26	6. עמדות הציבור לגבי התנהלות קופות-החולים ומערכת הבריאות
28	7. מימוש האחריות הציבורית של קופות-החולים
34	8. חלופות להסדרת המבנה הניהולי של הקופות
38	מקורות

פתח דבר

מערכת הבריאות בישראל מורכבת ממספר גדול של מתקני בריאות – מרפאות ובתי-חולים, אך לאמתו של דבר, מרביתה מתארגנת ומתבצעת באמצעות קופות-חולים – "שירותי בריאות כללית", "שירותי בריאות מכבי", "מאוחדת" ו"לאומית". הקופות משרתות את ציבור החולים במרפאות שבבעלותן או בניהולן ומפנות את החולים הנזקקים לטיפול אשפוזי אל בתי-החולים, אשר חלקם גם הוא בבעלות הקופות, ובמיוחד בגדולה שבהן, היינו שירותי בריאות כללית. על פי נתונים אלה, ניתן היה לצפות שיתקיים מערך מפורט ומסודר של כללי תפעול וניהול של הקופות. המאמר שלפנינו טוען, שמערך כזה איננו מתקיים – הבעלות על הקופות איננה ברורה וכך גם המבנה הניהולי שלהן.

מחברי המאמר מציינים, כי לכל קופות-החולים אחריות כלפי שלושה גורמים: הציבור הרחב (המממן את פעולה), ציבור המבוטחים (הזכאים לשירותיה) והמערכת הכללית (בהיותה מלכ"ר, הנבדל מגוף מסחרי וכל הנובע מכך). ואולם, הם מצאו חסר רב באחריות של הקופות כלפי שלושת הגורמים הללו, והדבר מתייחס בין היתר לתקנוני הקופות וליכולתם של החברים בקופות לעיין בהם.

המאמר מצטט מתוך מחקר קודם, שאחד מבעליו הוא חבר בצוות המחקרים של המחקר הנוכחי. בין היתר נבדקו שם עמדות הציבור: "סקר העמדות מלמד, שהעמדות והתפיסות של אזרחי ישראל ביחס להתנהלות מערכת הבריאות וקופת-החולים שהם חברים בה, אינן מושפעות באופן משמעותי מזהות הקופה אליה משתייכים. המגמה הכללית העולה מן הנתונים היא אמון בינוני בקופות-החולים, אמון גבוה יחסית ברופאים ואמון נמוך יחסית במנהלי הקופות, בהנהלה הראשית שלהן ובמשרד הבריאות. כמו כן, היבטים של אחריות ציבורית, כמו שיתוף אזרחים, נגישות אזרחים לקופות וקשר של האזרחים עם הקופות מוערכים כנמוכים יחסית. יתר על כן, מבדיקת הקשר בין המשתנים עולה, שמידת האמון מוסברת בעיקר בשביעות הרצון מהקופה ובהערכת איכות הניהול. אם איכות הניהול מוערכת כנמוכה, הרי שבעיית חוסר האמון חמורה, והמחקר מלמד ששיפורה מותנה בשיפור הערכת איכות הניהול. מכאן שקיים צורך בחיזוק אמון הציבור בגופים ובאנשים המנהלים את הקופות ובמערכת הבריאות בכללותה וכן חיזוק האחריות הציבורית והאינטראקציה עם ציבור המבוטחים" (ראה עמ' 28).

החוקרים מציעים מספר דרכים לחיזוק האחריות הציבורית של קופות-החולים. כאן מסתמך המאמר על החוק לביטוח בריאות ממלכתי ומאזכר את התנאים שצריכים להתקיים בקופות השונות, ועל בסיס זה מוצעות במאמר שלוש חלופות, שמביניהן מעניקים המחברים משקל מכריע לציבור חברי הקופה.

תודתנו למחברים, לפרופ' דב צ'רניחובסקי, לד"ר שלמה מזרחי ולעו"ד צבי פרנקל, על עבודתם לקידום ההסדרים של מערכת קופות-החולים בישראל.

יעקב קופ

ירושלים, אדר א' תשס"ח, פברואר 2008

ניהולן הציבורי של קופות-החולים בישראל

דב צ'רניחובסקי¹, שלמה מזרחי², צבי פרנקל³

1. מבוא וסיכום

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, שהוחל ב-1 בינואר 1995, קבע זכות ל"סל בסיסי" של שירותי בריאות לכל תושב בישראל. המדינה אחראית למימון הסל, בחלקו מתקציבה ובחלקו מ"מס הבריאות", ומעבירה את הכספים לארבע קופות-החולים, באמצעות מנגנון הקפיטציה. ארבע קופות-החולים, "שירותי בריאות כללית", "שירותי בריאות מכבי", "מאוחדת" ו"לאומית", הן מלכ"ר⁴.

לצורך מימוש הזכות חייב תושב שמלאו לו 18 שנים להירשם כחבר בקופת-חולים לפי בחירתו. מי שאינו עושה כן, נרשם באמצעות המדינה. מנגד, קופות-החולים חייבות לקבל כל תושב, שבחר להיות חבר בהן, לא להגביל את רישומו ולא להתנות זאת בשום תנאי או בתשלום כלשהו⁵. קופות-החולים מעניקות אפוא מסגרת לשירותי בריאות במימון ציבורי, והשתתפות התושבים היא חלק מזכויותיהם ומחובותיהם.

בתוקף אחריותן מוציאות קופות-החולים כ-80 אחוז מכלל ההוצאה הציבורית על שירותי רפואה, שהם כ-55 אחוז מההוצאה הלאומית לבריאות. הן מנהלות, אם כן, כ-5 אחוזים מסך התוצר הגולמי בישראל. למרות טיפולן של קופות-החולים בנושא רב-משמעות ולמרות משקלן הכבד בחברה ובכלכלה, דרכי בחירת מועצות המנהלים שלהן ובחירת המנהלים, וכך גם אופי הבקרה הציבורית עליהן, לוקים בהעדר הליכים מספיקים.

"קופת-חולים" או בכינויה הגנרי – HMO (Health Maintenance Organization) מאגדת בצורה כזו או אחרת קבוצת מבוטחים ואפילו נותני שירות בעלי זיקה משותפת. התאגדות כזאת מבטאת, לרוב, חוסר

¹ פרופ' דב צ'רניחובסקי, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; רכז הצוות הבינתחומי והכלכלי במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

² ד"ר שלמה מזרחי, מנהל ומדיניות ציבורית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

³ עו"ד צבי פרנקל, מנהל ומדיניות ציבורית, המכללה האקדמית אחוה.

תודתנו נתונה לחן ישראלי ולשני רביב על עזרתן בהכנת המסמך.

⁴ סעיף 3(ג) לחוק הבריאות.

⁵ סעיף 4 לחוק הבריאות.

שביעות רצון קבוצתי מתוצאות תפקודו של השוק החופשי במונחי התחלקות ויעילות. ביישוב היהודי שקדם למדינה היה משנה תוקף להתאגדויות כאלה, אשר אכן הולידו את קופות-החולים בישראל. התאגדויות כאלה, מעצם טיבן, יוצרות צורך במנגנונים ובתהליכים פוליטיים פנימיים לקבוצה, כדי שיחליפו את מנגנון השוק החופשי בהבטחת אחריות ללקוח או לחבר. המצב עלול להיות בעייתי בתחום ההתאגדות לצורך שירותי רפואה, מפני שהקבוצה עשויה למנוע, כניסה ויציאה חופשיות של חברים, מסיבה מוצדקת של ברירה שלילית. במצבים אלה צפויות להתפתח קבוצות אינטרס – כפי שקרה בעבר בישראל – אשר עלולות להטות את מדיניות הארגון, קופות-החולים במקרה זה, לטובתן, בייחוד כאשר הידע נמצא בידי ספקי השירות. הטית מדיניות כזו פוגעת בהכרח בלקוחות ויוצרת כשלים וחוסר שוויוניות בהספקת השירותים. חמור מכך, הבסיס הקבוצתי-אידיאולוגי של הקופות בישראל התבטא בעבר בפוליטיזציה ניכרת של המערכת, אשר התגלמה בקשר ההדוק בין הקופות לבין תנועות פוליטיות, שהיה להן פיקוח כזה או אחר על הקופות. המבנה המוסדי-הניהולי של קופה חייב לתת אפוא מענה לכשלים פוטנציאליים אלו או לפחות להפחית את פוטנציאל השליטה של קבוצות עניין בהגברת הפיקוח הפנים-קבוצתי ("ציבורי") וגם באמצעות ייצוג אינטרסים רחב ככל האפשר.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי יצר תשתית מתאימה. מצד אחד, הוא הרחיב את האחריות של כל קופה לא רק לחבריה אלא לכלל תושבי המדינה, המממנים את מערכת שירותי הרפואה. מצד שני, הוא חיזק, אם לא הצמיח, מנגנון שוק בין הקופות, המאפשר לאזרח "לגמול" לקופה, שאיננו שבע רצון ממנה. למרות אלה, לא קיימת עדיין מערכת אפקטיבית, המביאה את שני השינויים לידי ביטוי על-ידי חובת דיווח ונשיאה באחריות מוסדרת של הנהלות הקופה לציבור הרחב מחד גיסא, ולחברי הקופה מאידך גיסא.

לקופת-החולים יש אחריות כלפי שלושה גורמים:

1. לציבור הרחב המממן אותה, גם אם חלקו אינו נמנה על חבריה.
2. לציבור הרחב (א) כמלכ"ר, הנהנה מזכויות יתר (מיסוי וכ"ו), שאינן ניתנות לגופים פרטיים למטרות רווח, ו(ב) כמונופול בתחום הביטוחים המשלימים.
3. לציבור מבוטחיה, אשר בחר בחברות מרצונו החופשי ואשר חלקו אף אינו משתמש בעת נתונה בשירותיה.

שלושת הגורמים הללו מתבטאים בחקיקה, בפסיקה, ובתקינה, אך לא בתקנוני הקופות ובאופן התנהלותן בנושאים הרלבנטיים. המציאות הבלתי רצויה היא ביטוי לכוח הרב, המצוי בידי הממסדים הוותיקים גם של קופות-החולים, לרבות איגודי עובדים. אלו עדיין ממלאים תפקיד מרכזי בכל תהליך של שינוי מבני במערכת. חוסר היציבות של המערכת הפוליטית בישראל ותקופות כהונה קצרות של ממשלות וכן חולשתו של משרד הבריאות, גם בשל האינטרסים שלו במערכת, אינם מסייעים למצב.

לפיכך, האתגר המרכזי בתהליך השינוי המבני מסוג זה הוא ליצור תהליך מוסכם על הצדדים השונים, המבוסס על נחישות של המערכת הפוליטית. קיימת התנגדותם של הנהלות הקופות להסדרת המבנה הניהולי של קופות-החולים, ואלה עלולים להכשיל מהלך מסוג זה. מנגד, האסטרטגיה שנוקט האוצר, של ניסיון לכפות על המערכת שינויים מבניים בערוץ של חוק ההסדרים, גם היא נדונה לכישלון, בשל אי-רתימת הגורמים המרכזיים למאמץ וללא השגת שיתוף הפעולה עמם. במצב זה כל רפורמה עלולה להיתקל בקשיים.

אפשר להניח, שיוסכם על הצורך בפונקציות פיקוח, בקרה ודיווח בקופות, אך סלע המחלוקת יהיה אופן מינוי או בחירתו של הדירקטוריון המנהל בפועל את קופת-החולים. יש שלוש חלופות מרכזיות: מינוי דירקטוריון על-ידי הממשלה; מינוי רוב חברי הדירקטוריון ויושב ראש הדירקטוריון על-ידי הממשלה ובחירת שאר הנציגים על-ידי חברי הקופה; ובחירת רוב חברי הדירקטוריון ויושב ראש על-ידי חברי הקופה (בהליך בחירות) ומינוי שאר הנציגים על-ידי הממשלה.

שתי החלופות הראשונות טומנות בחובן סכנה של פוליטיזציה של תהליך המינוי, כאשר כוח רב ירוכז בידי הפוליטיקאים, כמו גם העדר שקיפות. החלופה השלישית מעתיקה את עיקר הכובד לעמדות של ציבור חברי הקופה, ועם זאת מותירה מרחב אחריות ודיווח לציבור הכללי. היתרון העיקרי הוא, שתהליך קבלת ההחלטות משקף מגוון עמדות ומחייב את הנבחרים לתת דין וחשבון לבוחרים. חסרונה העיקרי של חלופה זו טמון בעובדה, שתהליך מינוי הנהלה הופך להיות פוליטי, אם כי במשמעות שונה מהחלופות הקודמות. גם במקרה זה אפשר לצפות שקבוצות אינטרסים וארגונים ביורוקרטיים ינסו להשפיע על התהליך ועל המצביעים בהתאם למטרותיהם, אולם זה חלק מתהליך דמוקרטי מקובל וחיובי, לפיו נלחמים על קול הבוחר.

2. הצגת קופות-החולים

ראשיתן של כל קופות-החולים נטועה בהיסטוריה של היישוב היהודי בארץ. להלן הצגה קצרה של הקופות והיקף המבוטחים החברים בהן.

א. שירותי בריאות כללית – בקופה 3.8 מיליון חברים⁶.

הקופה נוסדה בשמה המקורי "קופת-חולים כללית" בשנת 1911, והייתה קופת-החולים הראשונה בארץ-ישראל. בשנת 1914 הוקמה המרפאה הראשונה שלה בפתח-תקווה, ובשנת 1936 הוקם חדר האשפוז הראשון בבית-החולים "בלינסון".

בהיותה מסונפת ל"הסתדרות העובדים הכללית" בראשיתה שירתה הקופה בעיקר פועלים חקלאיים. תפקידה היה לספק עזרה רפואית לחבריה ולמשפחותיהם ולטפל בנושאים רפואיים של ציבור העובדים. בשנים אלה הצטרפו רבים להסתדרות העובדים הכללית, אשר הייתה מזוהה עם תנועת העבודה, כדי ליהנות משירותי הרפואה של קופת-החולים. לפיכך נמנעה חברות בהסתדרות ובקופה ממעסיקים, אשר לא תמכו בתנועה זו. זה היה המצב עד החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (החוק). הקופה נותנת שירות במוסדותיה באמצעות עובדים שכירים.

ב. שירותי בריאות מכבי – בקופה חברים כ-1.7 מיליון חברים.

הקופה הוקמה כ"קופת-חולים מכבי" בשנות ה-40 על-ידי רופאים יוצאי גרמניה, שביקשו להקים גוף א-מפלגתי כחלופה לקופת-החולים ההסתדרותית ששלטה באותה תקופה ביישוב. הקופה התפתחה בעיקר בערים הוותיקות והמאוכלסות, וכמעט שלא הגיעה לפריפריה. עד אמצע שנות ה-80 הגבילה הקופה את הצטרפותם של חברים חדשים, והיא נפתחה סופית לציבור הרחב, בעיקר עם החלת החוק.

בניגוד לשירותי בריאות כללית פעילותה של "שירותי בריאות מכבי" נסמכת על כוח אדם שכיר מצומצם ועל רופאים עצמאיים, המתוגמלים בהתאם לפעילותם, וכן על מערך אשפוז שבעיקרו אינו בבעלותה.

⁶ נתונים מספריים לקוחים מבנדלק, 2007.

ג. קופת-חולים לאומית – בקופה כ-0.7 מיליון חברים.

הקופה יוסדה בשנת 1933 על-ידי רופאים בעלי השקפה רוויזיוניסטית, אשר פוטרו מעבודתם בקופת-החולים הכללית בתקופת הקרע ביישוב, לאחר רצח חיים ארלוזורוב. הקופה הוקמה באופן עצמאי, ולאחר מכן חברה אל "הסתדרות העובדים הלאומית", שנוסדה שנה אחריה, בשנת 1934. הקופה העניקה שירותי בריאות לחברי בית"ר, לחברי הצה"ר וגם לאנשי אצ"ל. בתקופה שלאחר קום המדינה פתחה הקופה את שעריה בפני כלל תושבי המדינה. הקופה מעניקה שירות בקהילה בעיקר באמצעות מרפאות משלה ומתבססת על מערך אשפוז שאינו בבעלותה.

ד. קופת-חולים מאוחדת – בקופה חברים כ-0.9 מיליון חברים.

המבנה הנוכחי הוא תולדה של איחוד בין קופת-חולים "עממית" לבין קופת-חולים "מרכזית" מאז שנת 1974. הראשונה נוסדה בשנת 1931 על-ידי ארגון נשות "הדסה" למען התאחדות האיכרים וחבר החקלאים הלאומיים במטרה לספק שירותי רפואה להתיישבות העובדת. קופת-חולים "מרכזית" הוקמה בשנת 1935 על-ידי ארגון עובדי הציונים הכלליים כדי לספק שירותי רפואה לעצמאיים ולשכירים בערים, ובהמשך הצטרפו אליה גם בעלי מקצועות חופשיים. דרך פעולתה של הקופה דומה לזו של קופת-חולים "לאומית".

3. האחריות הציבורית (accountability) של קופות-החולים

אחריותן הציבורית של קופות-החולים ניתנת לבחינה מהיבטים שונים השזורים זה בזה: ההיבט של אחריות בשוקי ביטוח הבריאות ובשירותי הרפואה, ההיבט הציבורי וגם ההיבט המשפטי. להלן נעסוק בסעיף זה בשניים הראשונים ובסעיף הבא – סעיף 4 – נעסוק בהיבט המשפטי. בחינות אלה נוספות להיבט ההיסטורי, הארץ-ישראלי, אשר הוזכר לעיל.

א. אחריות במערכות בריאות

Accountability (1) בשוק ביטוח הבריאות ובשוק שירותי הרפואה

עקרונות שוק תחרותי משוכלל – חופש בחירה מושכל לצרכנים ולספקים כאחד מבין אפשרויות רבות – תורמים לרווחה, לפחות מנקודת מבטו של הצרכן, הרוכש את הרצוי לו במחיר מינימלי ובאיכות מקסימלית. זאת

גם משום שאסטרטגיית ההישרדות של המוכר בשוק מבוססת על ריצוי הקונה או על אחריות כלפיו, הן באיכות המוצר או השירות והן במחירו. עקרונות הדמוקרטיה – חקיקה, תקנות ואכיפה על-ידי נציגי הציבור – מעניקים מסגרת משפטית לשוק, מסייעים ליישום עקרונות השוק ומשלימים אותם, בעיקר באמצעות שמירה על זכויות קניין, מתן מידע ושמירה על סחר הוגן. תהליכים פוליטיים שולטים במדינה ובהתנהלותה, ובהיותם שקופים ודמוקרטיים הם מכוונים לאחריות פוליטית כלפי האזרח. ההישרדות הפוליטית נשענת על אחריות כלפי האזרח מבחינת חובת דיווח ונשיאה בתוצאות. כלומר, בעולם אידיאלי, כללי תחרות ודמוקרטיה עשויים להגן על האזרח ועל זכויותיו.

לענייננו חשוב שוק ביטוח הבריאות, בו במרבית המקרים נוטלים חלק לפחות ארבעה צדדים בו-זמנית: מקבלי שירות – נהנים (נטו), נותני שירות, מממנים (נטו) ומבטחים. ציבור משלמי פרמיות ביטוח (נטו)⁷ אינו מעוניין לשלם בעבור התנהגות, אשר עלולה להיות מונעת על-ידי "סיכון מוסרי" של המשתמשים, לרבות נותני השירות. יתרה מזו, ככלל מבקש ציבור זה לשלם בעבור קידום בריאות, בניגוד לקידום צריכת שירותי רפואה. לעומתם, מקבלי השירות בגין הביטוח או ציבור הנהנים (נטו) מבקשים לקבל את מרב השירות במונחי טיפול רפואי, גם אם תרומתו לבריאות מוטלת בספק או מזערית לפי כל אמת מידה אובייקטיבית.

לצורך הישרדות בשוק ביטוח תחרותי חייבים המבטחים באחריות לשתי הקבוצות, לבריאים, המשלמים נטו, ולחולים, הנהנים נטו. בכל עת הראשונים עניינם ב"פרמיות" מינימליות, ואילו האחרונים – ב"זכאות" מקסימלית. מעורבות המעסיקים כמשלמי הביטוח יכולה לסבך את המצב על-ידי הוספת גורם נוסף, שהמבטח אחראי לו.

המדינה מעורבת בהבטחת תנאים לקיום הוגן של שוקי הביטוח ושל שירותי הרפואה. בשוק הביטוח קיים פוטנציאל גדול להונאה של מבטחים (סיכון מוסרי וברירה שלילית) ושל מבטחים (פרמיות בלתי הוגנות ואי-כיבוד תנאי ביטוח). בשוק שירותי הרפואה קיימת א-סימטריה במידע בין נותני השירות לבין מקבליה, על כן מתחייבות קביעת סטנדרטים לשירות ודרכים לטיפול ברשלנות רפואית.

עקרונות שוק משוכלל ויכולת בחירה משמעותית הם אפוא עמודי התווך התומכים ברווחה חברתית. כישלון של אחד משני העקרונות יכול

⁷ ה"נטו" מתייחס להנחה שבממוצע פרמיית הביטוח נמוכה מן הפיצוי בכסף או בערך שירות המתקבל בגין הביטוח.

להוביל למערכת לקויה ובלתי יעילה ביכולתה לשרת לקוחות ואזרחים (Chernichovsky & Chernichovsky, 2006). עם זאת, גם מערכת, הממלאת את שני העקרונות הללו במלואם, עלולה להביא לתוצאות שאינן מקובלות מבחינה חברתית. אנו עדים לתוצאות כאלה בשוק הרפואה במימון פרטי עקב שילוב בין שני הגורמים הבאים: האחד, חלוקה חברתית בלתי רצויה של מנגנוני השוק במצבי חולי; והשני, חוסר יעילות כתוצאה משווקים בלתי משוכללים או כושלים.

חלוקה חברתית בלתי רצויה. חלוקת הכנסות עשויה, ואף צריכה, להפוך את פיתרון השוק לבלתי מקובל מבחינה חברתית ופוליטית, בייחוד בשירותי הבריאות. משקי בית עניים, יחסית, עלולים להיות חסרי נגישות לביטוח ולשירותי רפואה. הם וגם אחרים צפויים להיחשף לתוצאות "קטסטרופליות" מבחינה כלכלית ואחרת בעת מחלה. בתי אב כאלה עלולים להידרדר לעוני עקב הוצאות גבוהות על שירותי רפואה עתידיים, ועלויות להיות לכך משמעות בריאותיות ואחרות. הפגיעה ביכולת של חולים לייצר הכנסה מצד אחד והצורך לעמוד בהוצאות רפואיות גבוהות מצד שני עלולות לרוששם כליל. גם כאשר הם מכוסים בביטוח מסחרי, עלולים חולים אלה להפוך לחסרי ביטוח, בסופו של דבר, בשל השילוב בין עליית הפרמיות בעת מחלה, בייחוד ממושכת, לבין ירידת הכנסות.

כשלי שוק ואי-שכלוליו. כשלים בשוק ביטוח הבריאות התחרותי כרוכים בצורך של חולים לשלם פרמיות הולכות וגדלות (סיכונים גרועים), בשעה שיכולת ההשתכרות ויכולת תשלום הפרמיות שלהם הולכת ופוחתת. כשלים אלה מחריפים את בעיות החלוקה והבריאות, המלווים באי-שכלול בשוק שירותי הרפואה, הקשור לא-סימטריה במידע בין נותני השירות לבין מקבליו. כך נוצרים מצבים של מונופול של בעלי פוטנציאל לניצול. לאלה מתלוות השפעות חיצוניות או הדדיות של מצבי תחלואה, בעיקר בתחום המחלות הזיהומיות, ולהיווצרות מצבים של תשואה לגודל, המצדיקים פעילות כלכלית על-מוסדית, כגון מרכזי מצוינות לאומיים ומונופולים טבעיים.

אכן, מעורבות של המדינה מבקשת לשפר את חלוקת ההכנסות או הצריכה ולתקן כשלי שוק ואי-שכלולים הפוגמים ביעילות ובשוויונות.

(2) המרת כוחות שוק בתהליכים פוליטיים

אי-שביעות רצון מתוצאות שוק הביטוח ושוק שירותי הרפואה במימון פרטי יכולים להתעצב מחדש על-ידי מיזוגם של מבטחים ומבוטחים מצד אחד, ושל מבטחים וספקי שירות מצד שני, או של שלושת הגורמים יחדיו. בפועל המיזוג הרחב ביותר נוצר עם התערבות המדינה, אשר יכולה ליצור שירות בריאות לאומי, כגון הבריטי.

מיזוגים כאלה מולידים ארגונים המכונים באופן כללי Health Maintenance Organizations (HMOs), ואפשר לשייך אליהם גם את קופות-החולים בישראל. מיזוגים כאלה ממירים חלק מתהליכי השוק בתהליכים פוליטיים, שבידם לספק את דפוסי האחריות של מנגנון השוק באמצעים דמוקרטיים. להלן סוגי המיזוגים:

- HMO מבוסס לקוחות.** ציבור לקוחות גדול דיו יכול להפוך למבטח של עצמו, לעתים בהסכם עם מבטח-מנהל. בדרך זו ניתן:
- לטפל בסולידריות קבוצתית (הצעירים מסבסדים את המבוגרים, הבריאים את החולים והעשירים את העניים),
 - לחסוך בהוצאות ביטוח,
 - לנצל כוח מיקוח רב יותר כקבוצה, לפחות לגבי נותני שירות, גם בנושאי עלות וגם בנושאי איכות שירות וטיפול.

כלומר, לקבוצה המנהלת את הביטוח של עצמה יתרונות גם ביעילות וגם בשוויון בתוך הקבוצה. ארגון כזה נפוץ בשוק תחרותי במימון פרטי, כאשר מעסיקים גדולים מארגנים את ביטוח המועסקים שלהם ויוצרים HMO מבוסס לקוחות. הארגון על בסיס מקום עבודה נוח וזול יחסית, בייחוד כאשר המעסיק נושא בחלק מעלויות הביטוח.

במקרים כאלה שתי החלטות יסודיות טמונות בבסיס קיומו של הביטוח הקבוצתי. ההחלטה הראשונה היא בדרך-כלל יישום פרמיות קבוצתיות (community rated) או לפי יכולת תשלום. אלה מחליפות את הפרמיה האישית, המבוססת על סיכונים ליחיד וכך מיישמת הקבוצה גם את עיקרון הסולידריות. ההחלטה השנייה כרוכה בראשונה, ומחייבת חברים להישאר מבוטחים במסגרת הקבוצה ובהסדרים שהיא קבעה, כדי למנוע עזיבה של מי שמשלמים פרמיה גבוהה ביחס ל"סיכון" שלהם.⁸

⁸ לעתים הוא יכול לרכוש "זכויות יתר" (הסדרים משלימים) על-ידי תשלום נוסף כאשר תשלום כזה מותר. הסדרים אלה ידועים בארה"ב כ-PPO (Provider Preferred Option).

נושא המימון או הסבסוד של "טיפול רפואי" לעומת "בריאות" יכול להפוך לעניין פוליטי פנימי במקום לעניין של שוק ביטוח חופשי, כפי שהוזכר לעיל, שכן חברי הקבוצה הבריאים לא יתנגדו לממן טיפול התורם לבריאות, אך ייתכן שיסרבו לממן טיפול שלא הוכח כתורם, אף על פי שחלק מחברי הקבוצה ירצו בו, בייחוד אם הוא מעורר תקווה בעת מחלה. כמו חברת הביטוח בשוק החופשי, HMO מבוסס לקוחות חייב לאזן באופן דמוקרטי ולא באמצעות כפייה בין אינטרסים של המשלמים (נטו), שהם המסבסדים, לבין הנהנים (נטו), מקבלי הסבסוד.

אם כן, נושא ביטוח הבריאות הופך לפוליטי. החלפה של תהליכי השוק בתהליכים פוליטיים דורשת מוסדות פנימיים מתאימים גם לניהול הביטוח. ברור שבמצבים אלה צפויות להתפתח קבוצות אינטרס, אשר עשויות להטות לטובתן את מדיניות הארגון המבטח, קופות-החולים, במקרה זה. הטיית מדיניות כזו פוגעת בהכרח בלקוחות אחרים ויוצרת כשלים וחוסר שוויוניות בהספקת השירותים. מכאן נובע, שהמבנה המוסדי-הניהולי של קופה חייב לתת מענה לכשלים פוטנציאליים אלו, או לפחות להפחית את פוטנציאל השליטה של קבוצות עניין באמצעות הגברת הפיקוח הפנים-קבוצתי ("ציבורי") וגם באמצעות ייצוג אינטרסים רחב ככל האפשר.

HMO מבוסס ספקי שירותים. ספקי שירותים יכולים להתאגד חוזית עם מבטחים ולהפוך גם נותני שירות למבטחים. מבחינת ספקי שירות, המהלך נועד להוסיף את רווחי הביטוח להכנסותיהם, ואילו מבחינת המבטחים המהלך נועד להקטין את הוצאות הפיקוח, בעיקר על-ידי צמצום סיכון מוסרי של לקוחות ושל ספקי שירות. הם יכולים לעשות כן כדי ליצור משקל נגד לכווח המונופסוניים של HMO's מבוססי לקוחות. גובה הפרמיות ודמי השירות הם נושאי החלטה מרכזיים פנימיים ל-HMO זה. אחריות הארגון נועדה לשמור על תחרותיות בשוק כאשר שוק תחרותי אכן קיים. אם שוק כזה אינו מתקיים, האחריות ללקוחות עלולה לקרוס. ספקי השירותים/המבטח הופכים לקבוצת אינטרס חזקה, אשר עלולה לגרום הטיית מדיניות הפוגעת בלקוחות נוכח כוחה המונופוליסטי.

HMO מבוסס לקוחות וספקי שירותים. העניינים מסתרבלים, בעיקר מנקודת ראותם של הלקוחות, כאשר ה-HMO מבוססי הלקוחות חוברים ל-HMO מבוססי ספקי השירותים. המצב המונופסוני-מונופולי הזה הופך את כל התהליך לפוליטי, כך שכמעט שאין כוחות שוק. מצבו של הלקוח

החבר ב-HMO מבוסס הלקוחות טוב יותר כעת לעומת המצב, בו היה עליו להתמקח אישית כפרט עם HMO מבוסס ספקי-שירותים. עם זאת, מטבע הדברים ייתכן שב-HMO כזה ידם של נותני השירות תהיה על העליונה מבחינה פוליטית כקבוצת אינטרס עקב הא-סימטריה במידע בין נותני השירות לבין מקבליהם.

בכל מקרה, יש לשער שהטיות פוליטיות מורכבות מעין אלו מפנות משאבים רבים ומאמצים ניהוליים לסוגיות של גישור בין אינטרסים במקום לניסיון לשפר ולייעל את השירות, ובהכרח מסבות את התוצאה, באופן הפוגע בהספקת השירותים לכלל ציבור המבוטחים, בייחוד כאשר הידע נמצא בידי ספקי השירות.

מחקרים מצביעים על העובדה שמתן אוטונומיה רבה לשחקנים הביורוקרטים עלול להוביל לחוסר יעילות ולפגיעה ברווחה החברתית (Niskanen, 1970; Miller and Moe, 1983; Bendor, 1990). שחקנים ביורוקרטים שואפים בדרך-כלל למקסם את כוחם, תקציבם והשפעתם הארגונית, ובמידה שיש להם אוטונומיה רבה, שאיפות מסוג זה מובילות למדיניות, המעדיפה אינטרסים ארגוניים צרים, או כאלו של קבוצות אינטרס חזקות, על פני אינטרסים ציבוריים רחבים.

מכאן, שהן ציבור המבוטחים והן הציבור הרחב עלולים להיפגע מאוטונומיה ארגונית רחבה של קופות-החולים, אשר אינה מפוקחת על-ידי המערכת הפוליטית או הציבור עצמו. דוגמא לכך יכולה להיות הנטייה של קופות-החולים להפעיל בתי-חולים פרטיים, למשל, כאשר מקור הסמכות להחלטה כלל אינו ברור.

3) מעורבות המדינה

כפי שצוין, גם בשוק תחרותי פרטי בסיסי אין תחליף למעורבות המדינה בהגנת הציבור בשוקי הרפואה והביטוח. כמו במגזרים אחרים, המדינה מתערבת לצורך פיתרון בעיות של חלוקת הכנסות או צריכה מעבר לפיתרון הקבוצתי, וכן לצורך שיפור יעילותה של המערכת. לפיכך לרוב, במדינות מבוטחות, חוץ מבארה"ב, המדינה הופכת למבטח באופן ישיר כמו בישראל או על-ידי הלאמה, למעשה, של הביטוח כמו בגרמניה.

בעניין חוק ביטוח הבריאות הישראלי חשוב להבהיר, כי באמצעות הקמת מערכות מימון והקצאה מרכזיות, המדינה יצרה שוויון בין קבוצות אזרחים, אשר טרם החוק היו מאוגדות בחברות בקופות-חולים, שהיו בלתי תלויות מימונית ונהנו או נפגעו ממימון בלתי שוויוני.

עם זאת, המדינה אפשרה לתושב חופש בחירה (אמנם מחייב) בין קופות-החולים. היינו, המדינה שמרה על מנגנון שוק (פנימי) בין הקופות לטובת האזרח. יצוין שמנגנון כזה אינו מחויב המציאות. לפי שיטת "שירותי הבריאות הלאומי" הבריטי (National Health Service – NHS), האזרח בוחר בין ספקי שירותים בלבד, ולא במודלים שונים של דפוסי שירות כמו בישראל, בה האזרח בוחר בקופה, וזו מצדה מאפשרת לו חופש בחירה כזה או אחר בספקי שירותים (Chernichovsky, 2002). בניגוד לפיתרון הבריטי, שם מערכת הבריאות הציבורית נשלטת לחלוטין על-ידי המערכת הפוליטית, הפיתרון הישראלי מאפשר שליטה גם באמצעות כוחות שוק, אם אלה יתאפשרו.

ב. ההיבט הציבורי וחוק ביטוח בריאות ממלכתי

עוד טרם החוק, קופות-החולים הישראליות המירו תהליכים ואחריות של שוק חופשי בתהליכים פוליטיים והפכו HMOs מבוססי לקוחות וספקים, עם הטיה פוליטית ברורה לטובת הספקים. יתרה מזו, הבסיס הקבוצתי-האידיאולוגי של הקופות התבטא בעבר בפוליטיזציה ניכרת של המערכת, אשר התגלמה בקשר ההדוק בין הקופות לבין תנועות פוליטיות, אשר היה להן פיקוח כזה או אחר על הקופות. אלה לא היו ב"אחריות ופיקוח" של מנגנון שוק עקב האפשרות המוגבלת, מוסדית ופוליטית, לעבור באופן חופשי בין הקופות.

החוק שינה, לפחות עקרונית, מציאות זו. מצד אחד, הוא הרחיב את האחריות של כל קופה לא רק לחבריה אלא לכלל תושבי המדינה. מצד שני, הוא חיזק, אם לא הצמיח, מנגנון שוק בין הקופות, המאפשר לאזרח לגמול לקופה, שאין הוא שבע רצון ממנה.

לא קיימת מערכת אפקטיבית, המביאה את שני השינויים לידי ביטוי על-ידי חובת דיווח ונשיאה באחריות לציבור הרחב, מחד גיסא, ולחברי הקופה מאידך גיסא. ככלל נותרה המערכת במעין "שלב מעבר" בן עשור ויותר בין המצב ערב החוק לבין זה המתחייב מן החוק.

לטוב ולרע ל"כללית" ול"לאומית" לפחות היו הסתדרויות עובדים ("חברים") מפקחות, שלא היו לשתי הקופות האחרות. באופן חסר היגיון, במובן מסוים לפחות לגבי ה"כללית", חוק ביטוח הבריאות הפחית עוד יותר את הפיקוח של חברי הקופה, גם אם הווירטואלי או התיאורטי.

בהתאם לדיון זה, ההיבט הציבורי של חובות קופות-החולים במסגרת חוק ביטוח מעוגן במציאות הבאה:

- קופת-החולים מקבלת את תקציבה מהציבור באמצעות המוסד לביטוח לאומי, בעיקר מכספי המדינה ומכספי "מס בריאות". הכספים העומדים, אפוא, לרשותה אינם משקפים את המימון של החברים בה בלבד, אלא של כלל משלמי המסים.
- קופת-החולים אחראית להבטחת שירותי רפואה לתושבים אשר בחרו להיות חברים בה מרצונם החופשי, והכספים המועברים לקופה נובעים מבחירה זו.
- נושא הבחירה של החברים בקופה מתחדד עם רכישת ביטוח משלים, המתאפשרת רק באותה קופת-חולים בה חבר התושב לצורכי הביטוח הציבורי. זאת בניגוד לשוק ביטוח חופשי (כמתואר לעיל).
- הקופה אחראית על ביצוע התקציב הציבורי ואיננה חייבת בהספקת שירותים באמצעות עובדים שלה או מוסדות רפואה שבבעלותה, ואין לה כל מעמד כנציגת ציבור עובדים או HMO מבוסס ספקי שירותים.
- כמלכ"ר, אין לקופה בעלי מניות שהיא חייבת להם דיווח.

לסיכום, לקופת-החולים אחריות כלפי שלושה גורמים:

1. לציבור הרחב המממן אותה, גם אם חלקו אינו נמנה על חבריה.
2. לציבור מבוטחיה, אשר בחר בה מרצונו החופשי ואשר חלקו אף אינו משתמש בעת נתונה בשירותיה.
3. לציבור הרחב כמלכ"ר, הנהנה מזכויות יתר (מיסוי וכו'), שאינן ניתנות לגופים פרטיים למטרות רווח.

(1) האחריות לציבור הרחב

קופות-החולים נהנות מתקציב ציבורי ומתקציב בעל אופי "חצי ציבורי", הנובע מתקנות הביטוח המשלים. בעוד שהמדינה מחליטה על הרכב הסל הבסיסי, קופות-החולים מחליטות על אופן הספקתו, ואילו בעניין הסל המשלים, הקופות מחליטות במידה ניכרת גם על אופיו וגם על גובה התשלום בגינו. החלטות אלו הן למעשה החלטות בדבר אופן ההספקה של שירות ציבורי.

אפשר להסיק, כי מבחינת הסל הבסיסי הנהלות קופות-החולים הן למעשה הזרוע המבצעת של המדינה. הקופות מקבלות החלטות, הנושאות משמעות ציבורית בכספי ציבור, לכן הן חייבות לתת דין וחשבון לציבור וכן לשאת באחריות ציבורית כלפי הציבור הרחב וכלפי הממשלה, במקרה הישראלי.

מבחינת הסל המשלים, לכאורה, יש להן אחריות דומה למבטח פרטי בשוק חופשי. הלכה למעשה אין זהו המצב, מאחר שלתושב אין חופש בחירה בנושא זה בין הקופות אלא אם הוא מחליף קופה גם לצורך הסל הבסיסי. המונופול של הקופה בנושא הסל המשלים מחייב פיקוח ציבורי כמו בכל מקרה של מונופול (חברת החשמל, למשל). פיקוח כזה נובע גם מזכויות היתר של הקופות כמלכ"ר.

(2) האחריות לציבור חברי הקופה

בניגוד למוסדות, האחראיים לאספקת שירותים שהם בבעלות הציבור או כאלה המוכרים שירותים לציבור בגין זכאות ציבורית, קופות-החולים ייחודיות בכך, שבכל עת תקציבן מותנה גם בבחירת התושבים להיות חברים בהן.

במקרה של קופת-חולים עולה באופן ייחודי גם שאלת הייצוגיות של חבריה, בריאים וחולים כאחד, משני טעמים עיקריים. האחד הוא, שלקוחות הארגון אינם רק צרכנים של מוצרים ושל שירותים, רפואיים במקרה זה, אלא גם חברים בארגון גם כאשר אינם זקוקים לשירותיו. השני הוא, שהחלטות ההנהלה חלות על כל חברי הארגון באופן דומה להחלטות המתקבלות על-ידי מועצה מקומית, שאזרחים בחרו לחיות בה. בהתאם לכך חייבות הקופות בתהליך דמוקרטי בדומה למוסדות אלה.

(3) חובת הדיווח

מושג האחריות הציבורית (accountability) נדון רבות בספרות, המציעה מגוון רב של הגדרות. בכולן אפשר למצוא שני יסודות: מסירת דין וחשבון או חובת דיווח ונשיאה באחריות.

על פי רוב לחובת הדיווח שני מאפיינים: האחד, חובת הדיווח של נושא המשרה בשירות הציבורי או הפרטי כלפי הממונים עליו וכלפי ציבור זה או אחר. חובה זו היא חלק בלתי נפרד מתפקידו ומהאחריות המוטלת על כתפיו. השני, בניית מנגנון, המאפשר פנייה יזומה של הציבור לרשויות הציבוריות השונות, כדי לבקש מידע בדבר אופן ניצול התקציב של הרשות או בדבר אופן ביצוע פעולה הנתונה בסמכותו. מנגנון זה מבוסס על ההכרה בזכותו הדמוקרטית של האזרח לקבל מידע בדבר פעילויותיהן של הרשויות השונות, הפועלות מכוח האמנה החברתית. מודל זה הוסדר באופן מפורש באמצעות חוקי חופש המידע במדינות השונות. לא פעם מושם דגש על המרכיבים הללו במסגרת מונחים כלליים יותר של "שיתוף" ושל "השתתפות" הציבור בתהליך קבלת ההחלטות.

4. האחריות המשפטית של קופות-החולים

קופות-החולים מאורגנות כגופים שמקורם במשפט הפרטי, אך לפעילותן אופי ציבורי רחב ביותר, כפי שצוין עד כה. בפרשת אלעד שטרית קבע בית-הדין הארצי לעבודה (מפי השופטת ארד) בסעיף 3(ג) לחוק, כי מעמדה של קופת-החולים כגוף ציבורי נגזר, בין היתר, מן החובה המוטלת עליה בשעה שהיא מופקדת על הענקת שירותי בריאות לחברים בה: "קופת-חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה".⁹ כלומר, קופת-חולים היא הרשות הציבורית, שהמחוקק מטיל עליה לבצע את המשימה הלאומית של מתן שירותי בריאות לכל תושבי המדינה.¹⁰

ברוח דומה פסק בית המשפט העליון בשנת 2007, כאשר קבע כי בהיותן של קופות-החולים גוף "דו-מהותי" יש להחיל עליהן גם כללים מתחום המשפט הציבורי, שאמורים לתחום את דרך פעולתן למסגרת של אמות מידה ראויות¹¹ בצד עקרונות המשפט הפרטי. בכך הרחיב בית המשפט העליון את ההלכה שקבע בשנת 2000, כשדן בבקשת קופות-החולים להגדיל את היקף תקציבן¹². לדעת בית המשפט, שינה החוק את זכויות המבוטחים, את יחסי קופות-החולים עם חבריהן ואת יחסי קופות-החולים עם המדינה.

א. קופת-חולים כגוף ציבורי

בפרשת איתנה ניב¹³ קבע בית המשפט העליון, כי: "קופת-חולים (כללית) אין היא כשאר המעסיקים במדינה. לא זו בלבד שהיא מעסיקה עשרות אלפי עובדים אלא שהיא נותנת שירות ציבורי וחיוני – על-פי דין –

⁹ ע"ע 1091/00, אלעד שטרית נ' קופת-חולים מאוחדת, פד"ע לה 5.
¹⁰ שם, בסעיף 25 לפסה"ד. באותו פס"ד מפנה ביה"ד הארצי לדב"ע 7-5/97 מדזיני ואח' – קופת-חולים הכללית ואח', פד"ע לג 193, 203, 205. לדבריו של השופט אליאסוף ולהחלטה בע"ע 406/99 זוסלין גולדאפר – קופת-חולים כללית (טרם פורסם) ניתן ביום 14.12.1999. שם קבע הנשיא אדלר בעניין פיטוריה של רוקחת, עובדת קופת-החולים הכללית: "יתר על כן, יש לבחון החלטות הניתנות על-ידי המשיבה באמות מידה כשל החלטות הניתנות על-ידי גוף ציבורי, על כל המשתמע מכך, באשר לתחולת כללי המשפט המנהלי; במיוחד לאור מעמדה של המשיבה על-פי חוק בריאות ממלכתית, תשנ"ד-1994".

¹¹ ע"א 8825/03, שירותי בריאות כללית נ' משרד הביטחון, דינים עליון פב 696.

¹² בג"צ 2344/98, מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר, פ"ד נד (5) 729, עמוד 729.

¹³ בג"צ 6845/00, איתנה ניב נ' בית-הדין הארצי לעבודה, פ"ד נו(6), 663, 669.

למיליוני מבוטחים (לדבריה – כשלושה וחצי מיליון) ומפעילה מאות רבות של מוסדות רפואה, ובהם בתי-חולים ומרפאות. אכן, קופת-חולים היא גוף ציבורי במלוא משמעותו של המושג (מבחינה חברתית ולאומית). מכאן, שהפיקוח על קופת-חולים יהיה כפיקוח על גוף ציבורי, בין אם חלות עליה חובות של המשפט המנהלי מכוח חוק הבריאות ובין אם מכוח היותה גוף ציבורי או דו-מהותי.

ב. קופת-חולים כגוף נתמך

קופת-חולים היא גם "גוף נתמך", כמשמעותו בחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985¹⁴. על כן הממונה על השכר במשרד האוצר מוסמך לפקח על השכר ועל המשכורות בקופות-החולים¹⁵. באמצעות משרד הבריאות, הממשלה מעורבת בפועל בפעילות הקופה במתן הוראות ובפיקוח. חוק הבריאות מגדיר שורה של מגבלות לפעילותה של הקופה בעניין שליטה בתאגידיים אחרים, מתן אשראי, דרכי החזקה והשקעה של נכסיה ותנאים להקמת תשתיות למתן שירותי בריאות. התקציב של קופת-חולים טעון אישור של שרי הבריאות והאוצר¹⁶. כמו כן, משרד הבריאות והמשרד לאיכות הסביבה מוסמכים לבדוק ולבקר את פעילותה של הקופה ואת איכות השירות שהיא נותנת. לשר הבריאות ולמנהל הכללי של משרד הבריאות הסמכות לנקוט אמצעים שונים נגד קופת-חולים אם אינה מקיימת הוראה לפי החוק או אינה מתנהלת כראוי¹⁷.

ג. קופת-חולים כגוף מבוקר

סעיף 33 לחוק הבריאות קבע, שקופת-חולים היא "גוף מבוקר" לפי סעיף 9(6) לחוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958 [נוסח משולב]. פרק ז' לחוק הבריאות קובע הוראות פיקוח ובקרה על פעילות קופות-החולים. מכוחו הותקנו תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (פיקוח ובקרה פיננסיים על קופות-החולים), התשנ"ו-1995, ובהן הוראות מפורטות בנושא דיווח

¹⁴ ראה רע"א 2920/90 קופת-חולים של ההסתדרות הכללית נ' מדינת ישראל, פ"ד מז(1) 397 וראה בג"ץ 3800/00 מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר (טרם פורסם). שם נדחתה עתירת הקופות להיותן גוף נתמך. יצוין כי באותו עניין "מכבי" ו"מאוחדת" ניהלו מאבק איתן לא להכלילן כגוף נתמך.

¹⁵ ראה נתונים בעניין גם בעניין השכר בקופות-החולים בכתובת היחידה לשכר ויחסי עבודה: <http://www.mof.gov.il/sachar>.

¹⁶ סעיף 32 לחוק הבריאות.

¹⁷ סעיף 37 לחוק הבריאות.

חודשי ורבעוני על פעולותיה של הקופה. קופות-החולים חייבות גם במינוי מבקר פנים בהתאם לחוק הביקורת הפנימית, התשנ"ב-1992¹⁸, אלא שדו"חות הביקורת אינם מתפרסמים ואינם נגישים לציבור.

ד. קופת-חולים כחייבת בחופש מידע ובחובת דיווח

גם חוק חופש המידע חל על קופות-חולים¹⁹. תקנות חופש המידע, התשנ"ט-1999 קובעות, כי רשות ציבורית, ולענייננו קופת-חולים, תפרסם דו"ח לא יאוחר מ-1 ביולי בכל שנה, שיכלול בין היתר פירוט מבנה הרשות על אגפיה, על יחידותיה ועל יחידות הסמך שלה; שמות בעלי תפקידים בכירים, העומדים בראש אגפים, יחידות ויחידות סמך של הרשות; תיאור תחומי האחריות שלה; תקציב הרשות הציבורית בשנה החולפת; פירוט הוצאותיה בשנה החולפת לפי סעיפי התקציב; תקציבה לשנה הנוכחית ועוד²⁰, אך דו"חות הביקורת הפנימית אינם כלולים ברשימה זו.

תקנה 8(א) לתקנות חופש המידע דורשת, שהדו"ח יהיה פתוח לעיון הציבור במשרד הראשי של הרשות הציבורית, ואם יש לה משרדים מחוזיים, גם בהם. כמו כן, על הרשות הציבורית לשלוח העתק מהדו"ח לספריות ציבוריות, והיא אף מחויבת לפרסם אותו באתר האינטרנט של הגוף הציבורי. נוסף לכך, הרשות הציבורית תמציא העתק של הדו"ח השנתי לכל מבקש, והיא רשאית לגבות תמורה בעד הפקת העתק זה²¹.

¹⁸ סעיף 4(1) לחוק הביקורת הפנימית, התשנ"ב-1992. קופות-החולים הוספו לרשימת הגופים החייבים במבקר פנים לאחר חקיקתו של חוק הבריאות.

¹⁹ סעיף 2 ב' לחוק חופש המידע תשנ"ח-1998.

²⁰ ראה תקנות 5-7 לתקנות חופש המידע תשנ"ט-1999.

²¹ בדיקתנו העלתה כי דו"חות מתאימים אינם מוצגים באתרי האינטרנט של הקופות למרות המתחייב מחוק חופש המידע.

5. תקנוני קופות-החולים

בכל אמת מידה, היסטורית, ציבורית ומשפטית, קופות-החולים נושאות בחובת דיווח ובאחריות ציבורית לציבור מבוטחיהן ולציבור בכלל. על רקע אלה יש לבחון את המצב הקיים ולהציע שיפורים לפי הצורך.

לפני חוק ביטוח בריאות ממלכתי פעלה כל קופת-חולים באופן עצמאי כאגודה, לפי החוק העותומאני. כל אגודה הייתה רשאית לקבוע תקנון לפי רצונה, והוא היה המסגרת שהסדירה את היחסים המשפטיים בין החבר לבין קופת-החולים.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מחייב כל קופה לתקן תקנון, שייקבעו בו באופן ברור זכויות המבוטחים, דרכים להגשת תלונות, הליכים לבוררות או לפישור בתביעות ומוסדות הקופה, וכן דרכי מינויים של החברים במוסדות אלה, סמכויותיהם ותקופת כהונתם. לפי סעיף 26 (ב) לחוק הבריאות, תקנון הקופה טעון אישור של שר הבריאות בעת ההכרה בה, אולם מכיוון שארבע הקופות הקיימות הוכרו בחוק עצמו, אין הן זקוקות להכרה נפרדת של השר²². כלומר, ההוראה בסעיף 26 (ו) לחוק הבריאות, שלפיה על קופות אלה להגיש את התקנונים לאישור שר הבריאות עד 1 במרץ 1997, חסרת משמעות. אמנם שינויים בתקנוני הקופות מחייבים את אישור השר או את הבאתם לידיעתו, אך אם אין מבצעים שינויים בתקנון, אין באפשרותו של השר להתערב.

סעיף 24 (ג) לחוק מקנה לכל תושב זכות עיון בתקנון הקופות, ואף זכות לקבל ממנו העתק תמורת תשלום, אך נמצא כי לא תמיד אכן התאפשר הדבר.

א. "שירותי בריאות כללית"

תקנון הקופה אושר בשנת 1992, לפני חקיקת חוק הבריאות, על כן לתקנון הרשמי מוצמדת הודעה, שעל פיה בעקבות חקיקת החוק עבר התקנון שינויים בחלקים המתייחסים להוראות היסוד, לשם ולמעמד המשפטי. בסעיף 5 נקבע, כי הקופה היא אגודה במובן החוק העותומאני על האגודות או חוק אחר שיבוא במקומו²³. החלקים השני והשלישי העוסקים בזכאים לעזרה הותאמו לדרישות החוק. לחלק החמישי של

²² סעיף 67 לחוק הבריאות והתוספת השביעית.
²³ לדעתנו, הכוונה לחוק העמותות.

התקנון העוסק בארגון הוסף נספח, הוראת שעה, ולפיו מיום החלת חוק הבריאות תכהן מועצה ממונה בת 51 חברים בהרכב הבא: 34 נציגי ציבור, שימונו על-ידי ועדה בלתי תלויה ו-17 נציגים של הסתדרות העובדים הכללית החדשה. יו"ר המועצה ימונה מבין חבריה על דעת ההסתדרות ויכהן גם כיו"ר הדירקטוריון. מועצה זו תפעל אך ורק עד סוף שנת 1996, ועד אז תתקן המועצה תקנון חדש שיותאם לדרישות החוק.²⁴ בהמשך נקבע, כי החל ביום מינויה של המועצה יכהן דירקטוריון שימונה על דעת ההסתדרות וימנה 13 חברים ובכללם יו"ר המועצה בהרכב הבא: שמונה חברים ימונו על-ידי ועדה בלתי תלויה וארבעה על-ידי ההסתדרות. החלק השישי של התקנון דן ביישוב תביעות ובבוררות. הנהלת הקופה מורכת מחטיבות: הכספים, לוגיסטיקה ותשתיות, ותכנון ומידע ורפואה בקהילה. מתחת להנהלה נמצאים יחידות השדה, בתי-החולים והמחוזות. הרפואה בקהילה מונה שמונה מחוזות עצמאיים, שהם גוף מבצע, שאיננו מתכנן או קובע מדיניות. לכל מחוז מנהל רפואי, מנהל אדמיניסטרטיבי, מנהל סיעוד, מנהל שיווק, מנהל משאבי אנוש ומנהל כספים.

ב. קופת-חולים "לאומית"

התקנון של הקופה הוא משנות ה-70 של המאה העשרים ולמרות הוראת החוק לא ניתן היה לקבל את תקנון הקופה.

ג. "שירותי בריאות מכבי"

מעיון בתקנון של הקופה עולה, כי יש ועידה, מועצת קופה, הנהלה, מזכירות, ועדת ביקורת ומועצה רפואית.²⁵ בתקנון נקבעו מנגנונים לבחירות ולכל החברים זכות בחירה לוועידת הקופה. הוועידה בוחרת את המועצה, הממנה את ההנהלה מקרב חבריה.²⁶ בתקנון "שירותי בריאות מכבי" נקבע, כי ועידת הקופה מורכבת מנציגים נבחרים ומנציגים שאינם נבחרים, שהם חברי המועצה היוצאת, חברי בית-הדין היוצא וחברי ועדת הביקורת היוצאת. שיטה זו אינה עולה בקנה אחד עם הוראות אחרות בתקנון, לפיהן הבחירות יהיו הליך

²⁴ אף על-פי שחוק הבריאות הפריד בין קופות-החולים לבין ההסתדרות הכללית, מצאנו כי עדיין קיים קשר בין הגופים.

²⁵ סעיף 68 לתקנון מכבי.

²⁶ ראה סעיפים 86 עד 89 לתקנון מכבי.

דמוקרטי, והוועידה היא הגוף הנבחר העליון של חברי הקופה. בשיטה הקיימת עשוי להיות רוב לנציגים שאינם נבחרים.

עוד התברר, כי בפועל שיעור המשתתפים בבחירות לוועידה נמוך מאחוז מכלל בעלי זכות הבחירה, ומכאן שהבחירות אינן משקפות נאמנה את רצונו של כלל ציבור החברים. המיעוט המממש את זכות ההצבעה אינו מייצג אמיתי ויציב של כלל חברי הקופה, המתאים לחלוש על ניהולה באופן בלעדי. על-כן קיים פער בין ההיבט העקרוני, המצדיק את איוש הוועידה בנציגים נבחרים בלבד, לבין המציאות המעשית, במסגרתה הבחירות אינן משקפות באמת את רצונו של ציבור החברים. בחירות כאלה עלולות להביא לתוצאות מקריות, שלא תבטחנה בהכרח ניהול תקין ויעיל של הקופה. לפיכך אין לשלול את הנימוק לפיו ראוי לאזן בין הצירים הנבחרים לבין צירים לא נבחרים בעלי ניסיון קודם בניהול מוסדות. שילובם של גורמים לא נבחרים, בעלי ניסיון וותק קודמים, בניהול מוסדות הקופה, עשוי להוסיף ממד של יציבות, של המשכיות ושל מקצועיות, שיש בו כדי לאזן מקריות אפשרית בתוצאות הבחירות.²⁷

בלתי אפשרי להתעלם מפסיקה של בית המשפט המחוזי בירושלים בעקבות עתירה של העמותה לדמוקרטיה וטוהר המידות בקופה.²⁸ לטענת העותרים, ההסדרים, המתייחסים לדרכי הבחירה והמינוי של המוסדות המנהלים של קופת-החולים "מכבי", הקבועים בתקנון החדש שנתקבל בעקבות חקיקת חוק הבריאות, אינם מתיישבים עם עקרונות המשפט הציבורי. כמו כן, נטען, לפיכך, כי מועצת הקופה הורכבה שלא כדיון.

בתי המשפט פסקו, כי מאחר שהחברות בקופת-חולים היא וולונטרית, עשויים לחול כללים מיוחדים הנוגעים לתחומי ההתערבות השיפוטית בהסדרים של ניהול פנימי שנקבעו בתקנון על-ידי החברים. עם זאת, אין הפיקוח השיפוטי על הארגון הוולונטרי מוגבל רק לאמות המידה בתחום המשפט הפרטי. במקרים החריגים, בהם חלו סטיות בולטות מדרכי ניהול תקין, כגון חריגה מסמכות ופגיעה בכללי הצדק הטבעי, אפשר להתערב, אולם גם התערבות זו מוגבלת ומסויגת ונעשית במסורה. היקף ההתערבות השיפוטית בפעילות ארגון שהחברות בו וולונטרית תלויה במידה רבה באופיו ובתפקידו של כל ארגון.

²⁷ שם, עמ' 451 ו-452.

²⁸ ה"פ 278/96. העמותה לדמוקרטיה וטוהר המידות בקופת-חולים "מכבי" ואח' נ' קופת-חולים "מכבי", פ"ד נח (2) 433, עמוד 433.

ד. קופת-חולים "מאוחדת"

התקנון של הקופה הוא משנת 2005. הקופה מקיימת ועידה ארצית, מועצת קופה הנקראת ועד מפקח, הנהלה, ועדת ביקורת, מועצה רפואית וועדת ערר²⁹. הוועידה הארצית היא האספה הכללית, המתכנסת פעם בחמש שנים ומורכבת מצירים ממונים ונבחרים: שלושה רופאים, המתמנים על-ידי ארגון רופאי האגודה ושלושה עובדים, המתמנים על-ידי ארגון עובדי הקופה. כלל חברי האגודה בוחרים את הצירים הנבחרים. הוועד המפקח מתכנס פעמיים בשנה ודן במדיניות, בתקנות ובתקציב וכדומה. הוועד המפקח ממנה הנהלה, המתכנסת מדי שלושה שבועות ומורכבת מ-13 חברים: המנהל הכללי, שני נציגים של ארגון הרופאים, שני נציגים של ארגון העובדים ושמונה חברים, שנבחרו בוועד המפקח מבין חבריו. ההנהלה היא הגוף המבצע של הקופה. לקופה שישה מחוזות, ובכל מחוז מרפאה אזורית, מרפאות משנה ומרפאות שיניים.

6. עמדות הציבור לגבי התנהלות קופות-החולים ומערכת הבריאות

עמדות הציבור, המתייחסות להתנהלות קופות-החולים ולמערכת הבריאות, נבדקו לאחרונה על-ידי מזרחי, ויגודה-גדות וכהן (2007). המחקר כלל מעל 600 נשאלים, שהיוו מדגם מייצג של הציבור בארץ, הן בכל הקשור לאחוז היחסי של כל קופה באוכלוסייה והן בכל הקשור לפרמטרים סוציו-אקונומיים ודמוגרפיים מקובלים. סולם המדידה דורג מ-1 עד 5. הממצאים הראשוניים מלמדים על עמדות ועל מגמות דומות בקרב חברי הקופות השונות. למשל האמון הכללי בקופת-החולים נע בין הערך הנמוך של 3.066 בקרב חברי "שירותי בריאות מכבי" לבין הערך הגבוה של 3.219 בקרב חברי קופת-חולים "לאומית". לעומת זאת, בכל הקשור להערכת ביצועי הקופה, הערך הנמוך מתקבל בקרב חברי קופת-חולים "לאומית" (3.134) והערך הגבוה מתקבל בקרב חברי "שירותי בריאות מכבי" (3.287). ממוצע האמון בקופות הוא 3.154, ממוצע הערכת הביצועים הוא 3.199 ושביעות הרצון מהקופות מקבלת ערכים גבוהים במקצת.

²⁹ סעיף 10 לתקנון.

בכל הקשור למדדים של אמון, של הערכת ביצועים ושל שביעות רצון, קופות-החולים מקבלות הערכות בינוניות מציבור מבוטחיהן. התמונה משתנה במקצת, כאשר בוחנים באופן פרטני משתנים שונים. כך, למשל, ממוצע האמון ברופאים הוא 3.65 בקרב כלל הנשאלים, ותוצאות דומות מתגלות בפילוח לפי קופות. לעומת זאת, בכל הקשור לאמון במנהלים ובהנהלה הראשית מתקבלים ממוצעים נמוכים יותר של 3.053 ו-2.785 בהתאמה.

בשני המדדים הללו קופות-חולים "לאומית" מקבלת את ההערכות הגבוהות ביותר (3.349 ו-3.000 בהתאמה), ואילו קופות-חולים "מאוחדת" מקבלת את ההערכות הנמוכות ביותר (2.871 ו-2.623 בהתאמה). תוצאה מעניינת מתקבלת ביחס לאמון במשרד הבריאות – שם הממוצע של כלל הנשאלים הוא 2.697, והתוצאות דומות בפילוח לפי קופות.³⁰

לוח 1: אמון הציבור בקופות ובמשרד הבריאות

אמון כללי	בביצועי הקופה	ברופאים	בהנהלה ראשית	במנהלים	בשיתוף הציבור	בנגישות	
3.189	3.154	3.672	2.795	3.105	2.508	2.809	שירותי בריאות כללית
3.066	3.287	3.539	2.773	2.907	2.489	2.611	שירותי בריאות מכבי
3.094	3.171	3.790	2.623	2.871	2.412	2.640	"מאוחדת"
3.219	3.134	3.591	3.000	3.349	2.565	2.746	"לאומית"
3.154	3.199	3.650	2.785	3.053	2.500	2.748	כל הקופות
2.697							משרד הבריאות

³⁰ לשם השוואה למוסדות אחרים וגם לבעלי תפקידים נוספים במגזר הציבורי אפשר לעיין בנייר העבודה, המתפרסם בכל שנה בשש השנים האחרונות על-ידי ויגודה-גדות ומזרחי, בו מוצגות תוצאות סקר שנתי כלל ארצי בנושא עמדות הציבור ביחס למגזר הציבורי. ראו: http://poli.haifa.ac.il/~eranv/material_vigoda/NAPPA-IL.html

היבט נוסף, שחשוב להזכירו בחיבור זה הוא, שמידת השוויוניות של מערכת הבריאות מוערכת כבינונית ומעלה (ממוצע כללי של 3.372), אך מידת שיתוף הציבור ונגישות הציבור לקופות מוערכת כנמוכה יחסית (2.5 ו-2.748 בהתאמה). גם מידת החדשנות של קופות-החולים אינה נתפסת כגבוהה במיוחד (ממוצע כללי של 2.98).

אם כן, סקר העמדות מלמד, שהעמדות והתפיסות של אזרחי ישראל ביחס להתנהלות מערכת הבריאות וקופת-החולים שהם חברים בה, אינן מושפעות באופן משמעותי מזהות הקופה אליה משתייכים. המגמה הכללית העולה מן הנתונים היא אמון בינוני בקופות-החולים, אמון גבוה יחסית ברופאים ואמון נמוך יחסית במנהלי הקופות, בהנהלה הראשית שלהן ובמשרד הבריאות. כמו כן, היבטים של אחריות ציבורית, כמו שיתוף אזרחים, נגישות אזרחים לקופות וקשר של האזרחים עם הקופות מוערכים כנמוכים יחסית. יתר על כן, מבדיקת הקשר בין המשתנים עולה, שמידת האמון מוסברת בעיקר בשביעות הרצון מהקופה ובהערכת איכות הניהול. אם איכות הניהול מוערכת כנמוכה, הרי שבעיית חוסר האמון חמורה, והמחקר מלמד ששיפורה מותנה בשיפור הערכת איכות הניהול. מכאן שקיים צורך בחיזוק אמון הציבור בגופים ובאנשים המנהלים את הקופות ובמערכת הבריאות בכללותה וכן חיזוק האחריות הציבורית והאינטראקציה עם ציבור המבוטחים.

7. מימוש האחריות הציבורית של קופות-החולים

חובת דיווח ונשיאה באחריות מייצגות ערכים דמוקרטיים, שמשמעותם פיתוח ארגון יעיל ואפקטיבי יותר מן הקיים. הצורך להטיל חובת דיווח משפטית-עונשית על מעשה או על מחדל של עובד ציבור או על נבחר נדרש, מפני שלפוליטיקאים ולמשרתי הציבור כוח עצום, הן בשל סמכויותיהם על-פי חוק בשל התקציבים הגדולים, שהם אמונים עליהם, והן בשל ההנחה כי חובה מוסרית לדיווח לא תהיה אפקטיבית כשלעצמה. האחריות לדיווח יוצרת מנגנון שתפקידו להבטיח שכוח זה ינוצל נכונה ובהתאם לאינטרס הציבורי.

חיזוק האחריות הציבורית של קופות-החולים יכול להיעשות גם על-ידי העשרת ערוצי הדיווח לאזרחים ועל-ידי יצירת מנגנונים של שיתוף בקבלת החלטות. הדיון במנגנוני שיתוף בקבלת החלטות, שוויון והגינות

מתקיים בשני מישורים, נורמטיבי ופוזיטיבי-מעשי. במישור הנורמטיבי קיימות הצדקות ערכיות רבות לכך ששיתוף, שוויון והגינות הם חלק מזכויותיהם של האזרחים במדינה דמוקרטית. במישור הפוזיטיבי-מעשי בולטים שני צידוקים מרכזיים לחשיבותם של מנגנונים מעין אלו: האחד שייך ליכולתם של מנגוני שיתוף, שוויון והגינות לייצב תהליכי קבלת החלטות ומוסדות, והשני כרוך באפשרות שאם תהליכים של קבלת החלטות יעמדו בקריטריונים מעין אלו, אפשר יהיה להשיג הסכמה לפשרות מרחיקות לכת בנושאים המהותיים.

תהליכים של קבלת החלטות, המשתפים אזרחים ושומרים על כללי שוויון והגינות, יוצרים תחושת אחריות משותפת ואפשרויות להשפיע, על כן אזרחים או לקוחות ייטו לנסות להשפיע על ההחלטות עצמן, ולא לפעול לשינוי הכללים או המבנה. כך מובטחת יציבותם של המבנה הארגוני ושל תהליכי קבלת ההחלטות. יתר על כן, במקרים רבים מנגנונים כאלה מאפשרים להשיג פשרות במצבים של חילוקי דעות הקשורים למהות החלטות. שימוש מושכל בכלים הללו, דוגמת "שימוע ציבורי" – Public Hearing, מאפשר לבנות מנגנונים שיובילו להסכמה רחבה בנוגע למטרות השונות, ולעתים אף ביחס לצורך להשיג מטרה מסוימת, כמו יעילות במחיר פגיעה במטרה אחרת דוגמת שוויון. מכאן נובעת חשיבותם הרבה של אפיקי שיתוף בקבלת החלטות ושל שמירה על שוויון ועל הגינות במבנה הניהולי של קופות-החולים.

אם כך, לקופות-החולים אחריות כלפי הציבור הרחב וכלפי ציבור חבריה, ועליה לבוא לידי ביטוי בשני אופנים. האחד, ארגון וניהול הקופה חייבים להיות מפוקחים ולעמוד בתנאי שקיפות ודיווח כלפי ציבור החברים מצד אחד וכלפי הציבור הרחב מצד שני. השני, גופי הבקרה והפיקוח עצמם חייבים גם הם באחריות כלפי שני סוגי הציבור, מפני שמינוים על-ידי גוף פוליטי או ביורוקרטי עלול ליצור הטיות והעדפות לטובת קבוצות אינטרס או לטובת גורמים פוליטיים או ביורוקרטיים, ובכך לפגוע ביעילות הפיקוח ובאמינותו. מערכת איזונים ובלמים, שתבטיח אחריות ציבורית נאותה, צריכה, אם כן, לכלול גם את מנגנוני הארגון והניהול של הקופה וגם את הגופים המפקחים.

בחוק הבריאות מוקדשים ארבעה פרקים לדרכי הניהול של קופות-החולים, לפיקוח עליהן ולחובת הדיווח (פרקים ו', ו'1, ז' ו-ח'). עם זאת, החוק אינו קובע כיצד יורכבו מועצת קופת-החולים ומוסדות הקופה, אלא משאיר זאת להחלטת כל קופה במסגרת התקנון, ועל כך דובר לעיל.

חוק ביטוח הבריאות מונה מספר בעלי סמכות במערכת: שר הבריאות, שר האוצר, מועצת הבריאות וועדת העבודה והרווחה של הכנסת³¹. מועצת הבריאות היא מועצה ציבורית, ובה 46 חברים ובראשה שר הבריאות. המועצה מכהנת ארבע שנים, ועליה להתכנס לשיבות לפחות פעם בשלושה חודשים³². עיקר פעולתה, ליעץ לשר הבריאות בנושאים הכלולים בחוק, ובהם שיעור דמי ביטוח בריאות, שינויים בסל שירותי הבריאות, אמות-מידה להקצאת מקורות להרחבתם של שירותי הבריאות, תשלומים של מבוטחים בעד שירותי הבריאות וסדרי עדיפות בתחום הבריאות לניצול משאבים לפי צרכים שונים³³. לפיכך נראה, כי יש מקום להרחיב את נושא ניהול הקופות בחקיקה ולקבוע בה גם עקרונות כלליים וגם הוראות מעשיות.

א. הדירקטוריון של קופת-החולים

1) הוראות קיימות

החוק קובע כי בכל קופה תהיה מועצה, שהיא הגוף המנהל העליון וסמכויותיה ייקבעו בתקנון. נוסף לכך, נקבע שבמועצה יהיה מינימום מסוים של נציגים מקרב חברי קופת-חולים, ואף הם ייבחרו על-פי הנחיות התקנון. חברים אלה לא יהיו עובדי קופת-חולים ולא יקיימו עמה קשר עסקי כלשהו. כמו כן, שר הבריאות רשאי למנות משקיף מטעמו למועצה.

מסתבר, כי לפחות לחלק מן הקופות מבנים ארגוניים משפטיים מסורבלים, ואין בהם קביעה ברורה של חלוקת הסמכות והאחריות בין הגופים השונים. היינו, המבנה המשפטי של קופות-החולים אינו מתאים להיקף פעילותן על-פי החוק ולאופי הציבורי של פעילותן.

בשנת 2001 הגישה הממשלה הצעה לתיקון החוק, שעיקרה הסדרתם של מוסדות קופות-החולים, של סמכויותיהם ושל דרכי בחירתם. ב-2003 התקבלה החלטת ממשלה בנושא הסדרה מבנית בענף קופות-החולים³⁴, שהובילה להכללת ההצעה לתיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי במסגרת

³¹ סעיף 9(ב)3 לחוק הבריאות.

³² סעיף 84.

³³ סעיף 52.

³⁴ "הסדרה מבנית בענף קופות-החולים", החלטת ממשלה מספר 801 מיום 15 בספטמבר 2003. נוסף, קיימת הצעת חוק פרטית של ח"כ רשף חן ואחרים שהונחה על שולחן הכנסת ביום 12.5.04 פ 594. כמו כן הונחה הצעה זהה על-ידי ח"כ נאות המנוחה בכנסת ה-15 שמספרה פ1658.

חוק ההסדרים לשנת 2004, אולם הצעות אלה לא נתקבלו. בהצעת חוק ההסדרים האחרונה³⁵, שהייתה מבוססת על ההצעה משנת 2004, הוצע שינוי לקביעת הסדרים אחידים במבנה התאגיד של כל קופות-החולים. שינוי זה כולל פירוט של תחומי האחריות, של הסמכויות ושל אופן הבחירה של מועצת הקופה (הגוף הייצוגי העליון), של הדירקטוריון (הגוף הניהולי העליון), של המנהל הכללי ושל ועדת הביקורת וכן קביעת כללי כשירות מינימליים וכללים לפסילת כהונה של הגופים הללו ואף קביעת אחריותם של כל נושאי המשרה בקופה בדומה לנדרש מנושאי משרה בחברה. זאת ועוד, הוצע להקים ועדה ציבורית בראשות שופט בדימוס לבחירת חלק מחברי המועצה והדירקטוריון של הקופות.

כמו כן הוצעו הוראות המעבר. בין היתר כללה ההצעה תאריכי יעד להשלמת ההליכים המוצעים בקופות-החולים וקביעה, כי אי-השלמת ההליכים האמורים במועדם תגרור מינוי "מועצה ממונה", שחבריה ימונו על-ידי הוועדה הציבורית. בידי מועצה זו יהיו סמכויות המואצלות למועצה ולדירקטוריון. אם קופת-חולים לא תשלים עד 1 ביולי 2008 את הנדרש בהוראות המעבר, החל במועד זה תוענק למועצה הממונה הסמכות לתקן תקנון לקופת-חולים, ובמסגרתו תיקבע לקופה מועצה שכל חבריה ימונו על-ידי הוועדה הציבורית. המועצה תבחר את דירקטוריון הקופה על-פי רשימה שתוגש לה על-ידי הוועדה הציבורית. אם המועצה הממונה לא תשלים את תקנון הקופה או תיקון התקנון לא יאושר בידי שר הבריאות בתוך שישה חודשים, בהתייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה, יהיה רשאי מנכ"ל משרד הבריאות להורות ליושב ראש הוועדה הציבורית למנות מועצה חלופית שתשלים את הכנת התקנון. עם זאת, כדי לאפשר רציפות בניהול ענייני הקופה, הוצע כי יו"ר הדירקטוריון, חברי הדירקטוריון ומנכ"ל הקופה ימשיכו לכהן במשך שלוש שנים ממועד תחילת החוק או עד תום תקופת הכהונה שאליה נתמנו, לפי קדימות האירועים, כל עוד לא הופסקה כהונתם מכל סיבה שהיא. בסופו של דבר הצעה זו לא נתקבלה, משום שהוחלט להפריד פרק זה מחוק ההסדרים לדיון נפרד במסגרת הצעות לתיקונים בחוק ביטוח בריאות, ולא בעקיפין באמצעות חוקי הסדרים.

³⁵ הצעת חוק הסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב הכספים 2007), התשס"ז-2006.

(2) תפקידים

על-פי ההצעה שהועלתה, סמכויות הדירקטוריון יכללו, בין השאר קביעה של תכניות הפעולה של הקופה, עקרונות וסדרי עדיפות ובדיקת מצבה הכספי של הקופה. סמכויותיו תהיינה דומות לסמכויות דירקטוריון בחברה ציבורית חוץ מן השינויים המתאימים, והדיווחים ממנו יועברו למועצה שתחליף את האספה הכללית.

הדירקטוריון ימנה מנהל כללי, וזה לא יוכל להיות חבר הדירקטוריון. המנהל הכללי יהיה אחראי לניהול השוטף של ענייני הקופה במסגרת המדיניות שקבעו המועצה והדירקטוריון. מבין חבריו יעמיד הדירקטוריון ועדת ביקורת, שיהיו חברים בה כל הדירקטורים החיצוניים, ומספרם הכולל של חברי ועדת הביקורת לא יעלה על חמישה.

(3) מבנה ניהולי

לאחר עיון בהצעות השונות, נראה כי כדי להבטיח אחריות ציבורית מרבית המבנה הניהולי הרצוי צריך להתבסס על העקרונות הבאים:

1. בחירה של כמחצית מחברי הדירקטוריון ויו"ר הדירקטוריון על-ידי ציבור החברים או המבוטחים, כדי לדאוג לייצוג של האינטרסים הללו, ואילו מינויו של החלק הנוסף ייעשה על-ידי מועצת הבריאות כדי להבטיח את ייצוג האינטרסים של הציבור הרחב וכן אינטרסים ארגוניים מגוונים כמפורט בחוק ביטוח הבריאות. על מנגנון הבחירה הייצוגי להבטיח אחוזי הצבעה גבוהים ככל האפשר ולמנוע השתלטות של גורמים אינטרסנטיים על התהליך. שיטת הבחירה תתבצע בדרך של דירוג סדר עדיפויות כדי לוודא את העדפות הבוחרים. זאת נוסף למינוי שלושה דירקטורים מטעם הציבור, שאינם חברי קופה, שתמנה המדינה.
2. יצירת מנגנונים לשיתוף הציבור בקבלת החלטות, הן ברמת האינפורמציה, כלומר הבטחת שקיפות מרבית של הניהול על-ידי פרסום דו"ח פעילות רבעוני שיכלול גם דיווח תקציבי, והן ברמת ההתייעצות, דהיינו הנהגת תהליך של "שימוע ציבורי" או אספות חברים מקומיות או אזוריות שידונו בנושאים מרכזיים במטרה לחזק את הקשר עם הציבור ולקבל המלצות לכיווני פעולה. מומלץ ליצור פונקציה ניהולית שתהיה אחראית לקשר עם הציבור.
3. יצירת גוף פיקוח ובקרה בעל סמכויות רחבות כדוגמת המפקח על הבריאות. בשל הצורך לשמור על אחריות ציבורית של גוף הפיקוח

והבקרה ינהל שופט בדימוס ואת ההנהלה תבחר הכנסת לפי מפתח מפלגתי. באופן זה תימנע שליטה פוליטית חד-צדדית בגוף המפקח, ותהיה בו נציגות לשלוש הרשויות. גוף זה יחויב בדיווח לכנסת.

סביר להניח, שמספר חברי הדירקטוריון לא יעלה על 15. ביניהם יהיו שלושה דירקטורים חיצוניים שאינם חברי הקופה, שימונו בדרך שממנים בה "דירקטורים מטעם המדינה" בחברה ממשלתית, לפי חוק החברות הממשלתיות, התשל"ה-1976, לרבות הכשירויות הנדרשות מהם עם השינויים המתאימים.

(4) בחירות

מערכת אספקת שירותי הבריאות בישראל מאופיינת במעורבות גבוהה של קבוצות אינטרס. קיימת זיקה ברורה בין קבוצות אינטרס לפוליטיקאים ברמה הארצית וגם בין לבין גורמים מייצגים בארגוני העובדים ובקופות-החולים. מנגנון קבלת החלטות המבוסס על תהליך ייצוגי יכול לנטרל אותם גורמים אינטרסנטיים בכך שהבחירה תיעשה על-ידי כל החברים מצד אחד, אך עלול להקנות להם כוח יתר בשל יכולתם להשפיע על קהלי בוחרים מצד שני. הבעיה אף עשויה להחמיר, כאשר אחוזי ההשתתפות נמוכים כפי שקורה פעמים רבות במערכות בחירות מקומיות או מקצועיות. מכאן עולה הדילמה הבסיסית הכרוכה בכל מנגנון ייצוגי, כיצד לשמור על איזון בין ביטויי עמדות והעדפות רחבים ככל האפשר לבין השפעתן של קבוצות אינטרס חזקות על תהליך הבחירה.

פיתרון אפשרי לבעיה זו הוא העלאת אחוזי ההצבעה באופן משמעותי כך שכוחן של קבוצות אינטרס ינוטרל. אפשר להשיג זאת באמצעות הצמדת הבחירות לגופים המנהלים בקופות-חולים לבחירות הארציות לכנסת, שאחוז ההשתתפות בהן גבוה יחסית. אפשרות אחרת היא עיצוב שיטת בחירות ומבנה ניהולי במתכונת אזורית או אף מקומית. שיטת בחירות כזאת יוצרת קשר ישיר בין הבוחרים לבין הנבחרים, וכך למעשה הופך כל בוחר לקבוצת אינטרס בפני עצמה. אם גם המבנה הניהולי יתווה מתכונת מבוזרת, הרי ששיטת ייצוג אזורית או מקומית עשויה לייעל את הניהול באופן משמעותי.

ג. מבקר פנים

כל קופת-חולים נתונה לביקורתו של מבקר המדינה, וכן על משרד הבריאות לקיים פיקוח בהתאם לסעיף 35 לחוק הבריאות, אך אין די באלה. לפי חוק הביקורת הפנימית התשנ"ב-1992, חייב להתמנות מבקר פנים לכל קופת-חולים עקב היותה "גוף ציבורי" לצורך חוק זה. את המבקר הפנימי ימנה הדירקטוריון לפי המלצתה של ועדת הביקורת. נוסף לכך, יש למנות רואה חשבון מבקר שיבקר את הדו"חות הכספיים של הקופה ויחווה את דעתו עליהם. את רואה החשבון תמנה המועצה, והוא יהיה בלתי תלוי בקופת-החולים. יש לשקול אפשרות שרואה החשבון לא ייבחר מבין חברי הקופה, אף כי ייתכן שיהיה בכך קושי, בייחוד בקופת-חולים גדולה שרוב אוכלוסיית המדינה חברה בה. דיווחו של רואה החשבון המבקר יובא לידיעת כל חברי המועצה, ואלה יהיו רשאים להחליט על העברתו של הדו"ח, בשלמותו או בחלקו, לידיעת כל חברי הקופה בדרך שתימצא מתאימה. אם ייוודע לרואה החשבון המבקר על ליקויים מהותיים בבקרה החשבונאית של הקופה ובניהול ענייניה הכספיים, תחול עליו חובה לדווח על כך באופן מיידי ליו"ר הדירקטוריון שיביא את הדברים לדיון בישיבה דחופה של הדירקטוריון. אם הליקויים לא יתוקנו להנחת דעתו של רואה החשבון המבקר, הוא יודיע על כך ליו"ר המועצה ולמבקר המדינה מיד, לפי שהביקורת העליונה היא בידי מבקר המדינה.

8. חלופות להסדרת המבנה הניהולי של הקופות

מערכת הבריאות בישראל ריכוזית באופן יחסי. כוח רב יחסית עדיין מצוי בידי הממסדים הוותיקים של קופות-החולים, לרבות איגודי עובדים רלוונטיים, וגם בידי הקבוצה הפרופסיונלית של הרופאים, הממלאים תפקיד מרכזי בכל תהליך של שינוי מבני במערכת, על כן התנגדותם להסדרת המבנה הניהולי של קופות-החולים עשויה להכשיל מהלך מסוג זה.

מנגד, האסטרטגיה שנוקט האוצר, ניסיון לכפות על המערכת שינויים מבניים בערוץ של חוק ההסדרים, נדונה גם היא לכישלון, משום שלא רתימת הגורמים המרכזיים למאמץ וללא שיתוף הפעולה שלהם כל רפורמה עלולה להיתקל בקשיים.

חוסר היציבות של המערכת הפוליטית בישראל ותקופות כהונה קצרות של ממשלות וכן חולשתו של משרד הבריאות, גם בשל האינטרסים שלו במערכת, אינם מסייעים למצב. כל אלה מקשים על יצירת מחויבות לטווח ארוך ועל הבטחת תהליך הדרגתי בתוך מחויבות של כל הצדדים להבטחותיהם. לפיכך האתגר המרכזי בתהליך של שינוי מבני מסוג זה הוא ליצור תהליך מוסכם על הצדדים השונים, המבוסס על נחישות של המערכת הפוליטית.

על בסיס הניתוח שנעשה עד כה, אפשר להניח, שיוסכם כי יש צורך בפונקציות פיקוח, בקרה ודיווח כפי שהוצע להלן. אם כך, סלע המחלוקת יהיה אופן מינוי או בחירתו של הדירקטוריון המנהל בפועל את קופת-החולים.

להלן תתוארנה שלוש חלופות מרכזיות, על היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן.

א. חלופה 1: מינוי דירקטוריון על-ידי הממשלה

חלופה זו יוצרת הליך מינוי דומה לזה הנהוג בחברות ממשלתיות, כך שהשר הממונה יהיה אחראי על מינוי חברי הדירקטוריון והיו"ר, והוא יביא זאת לאישור הממשלה.

היתרון המרכזי של חלופה זו הוא מיעוט המשתתפים בתהליך ההחלטה, כך ימנע סרבול, והעלויות תהיינה נמוכות בהשוואה להליך בחירות. אפשרות זו מבטאת את האחריות הציבורית של קופות-החולים ואת ההכרח שידווחו לציבור הרחב, בכך שנציגי הציבור הרחב ממנים את ההנהלה. עם זאת, ציבור חברי הקופה אינו מיוצג בהליך המינוי.

חסרונה הבולט של חלופה זו הוא פוליטיזציה אפשרית של הליך המינוי משום שהפוליטיקאים מונחים על-ידי שיקולי שליטה ומקסום היבחרות, ולא בהכרח על-ידי שיקולי יעילות מקצועית ועל-ידי האינטרס של חברי הקופות. אמנם אפשר למתן את הפוליטיזציה של התהליך על-ידי קביעה של ועדת מינויים בראשות שופט בדימוס או ועדת חיפוש, אלא שבסופו של דבר השליטה בכל התהליך היא בידי הפוליטיקאים, על כן יהיה קשה למנוע פוליטיזציה. פוליטיזציה זו עלולה לשקף גם מוקדי כוח נוספים, כמו בירוקרטים וקבוצות אינטרס חזקות, המפעילות את השפעתן לטובת מועמד זה או אחר. יתר על כן, בהליך זה חסרה שקיפות במקרים רבים.

ב. חלופה 2: מינוי רוב חברי הדירקטוריון ויושב ראש הדירקטוריון על-ידי הממשלה ובחירת שאר הנציגים על-ידי חברי הקופה

חלופה זו משלבת הליך מינוי ממשלתי והליך בחירות של ציבור חברי הקופה. בכך מושגים אחריות ציבורית ודיווח הן כלפי הציבור הרחב והן כלפי ציבור חברי הקופה, המביעים את דעתם באופן ישיר. זהו למעשה היתרון המרכזי של החלופה. עם זאת, העובדה שרוב חברי הדירקטוריון ממונים על-ידי הממשלה מותירה על כנם את מרבית החסרונות שצוינו לעיל בכל הקשור לפוליטיזציה של הליך המינוי ולהשתלטות גורמים אינטרסנטיים.

ג. חלופה 3: בחירת רוב חברי הדירקטוריון ויושב ראש על-ידי חברי הקופה (בהליך בחירות) ומינוי שאר הנציגים על-ידי הממשלה

חלופה זו מעתיקה את עיקר הכובד לעמדות של ציבור חברי הקופה, ועם זאת מותירה מרחב אחריות ודיווח לציבור הכללי. היתרון העיקרי הוא שתהליך קבלת ההחלטות משקף מגוון עמדות ומחייב את הנבחרים לתת דין וחשבון לבוחרים.

חסרונה העיקרי של חלופה זו טמון בעובדה שתהליך מינוי ההנהלה הופך להיות פוליטי, אם כי במשמעות שונה מהחלופות הקודמות. גם במקרה זה אפשר לצפות שקבוצות אינטרסים וארגונים ביורוקרטים ינסו להשפיע על התהליך ועל המצביעים בהתאם למטרותיהם. כמו-כן, חברי הדירקטוריון והיו"ר הנבחרים על-ידי הציבור אינם מנהלים מקצועיים בהכרח, אלא אנשים בעלי אוריינטציה פוליטית-עסקנית. לכן איכות הניהול עלולה להיפגע והחלטות ניהוליות עלולות להיות מוטות לטובת גופים וארגונים, שינסו להבטיח בחירה מחודשת.

ראוי להבהיר, כי חסרונות מסוג זה טמונים בכל הליך דמוקרטי, אולם יש לשער כי הטמעת התהליך והעובדה שהביקושים והלחצים מופנים מגורמים רבים תאזנה באופן מסוים את תהליך קבלת ההחלטות. יתר על כן, קיימת סכנה ממשית של אחוזי הצבעה נמוכים, ולפיכך תוצאות לא מייצגות. כפי שהוסבר בגוף המאמר, אפשר לנסות לפתור בעיה זו על-ידי הצמדת התהליך לבחירות הארציות לכנסת או לבזר את התהליך לרמות המקומיות או האזוריות.

חיסרון נוסף עשוי להיות כרוך בעלויות הגבוהות של תהליך בחירות דמוקרטיות ובלוגיסטיקה מורכבת.

לדעת כותבי נייר עמדה זה, הליך המינוי חייב לכלול שיתוף של חברי הקופה באמצעות הצבעה דמוקרטית, כלומר החלופות השנייה או השלישית. נוסף כי מתן משקל מכריע לציבור חברי הקופה, קרי החלופה השלישית, יכול ליצור מערכת איזונים אופטימלית. תהליך כזה צפוי להיות כרוך הן בחבלי לידה קשים והן בתהליך הבשלה של הציבור ושל ההנהלות השונות, אולם אפשר להשיג זאת באמצעות שיתוף פעולה ורצון טוב של כל הנוגעים בדבר.

מקורות

חקיקה

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994
חוק הביקורת הפנימית, התשנ"ב-1992
חוק חופש המידע, התשנ"ח-1998

פסיקה

בית המשפט העליון

ע"א 8825/03 שירותי בריאות כללית נ' משרד הביטחון, דינים עליון פב
.696
רע"א 2920/90 קופת-חולים של ההסתדרות הכללית נ' מדינת ישראל,
פ"ד מז(1), 397.
בג"צ 6845/00 איתנה ניב נ' בית-הדין הארצי לעבודה, פ"ד נו(6), 663.
בג"צ 3800/00 מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר (טרם פורסם).
בג"צ 98 / 2344 מכבי שירותי בריאות נ' שר האוצר, פ"ד נד (5) 729.

בית הדין הארצי לעבודה

ע"ע 1091/00 אלעד שטרית נ' קופת-חולים מאוחדת, פד"ע לה 5.
ע"ע 406/99 זוסלין גולדאפר – קופת-חולים כללית (טרם פורסם ניתן
ביום 14.12.1999).
דב"ע 7-5/97 מדזיני ואח' – קופת-חולים הכללית ואח', פד"ע לג 193,
205, 203.

בית המשפט המחוזי

ה"פ 278/96 העמותה לדמוקרטיה וטוהר המידות בקופת-חולים "מכבי"
ואח' נ' קופת-חולים "מכבי", פ"ד נח (2) 433.

אחרים

בנדלק, ז' (2007). **חברות בקופת-חולים 2005-2006**. המוסד לביטוח
לאומי, מינהל המחקר והתכנון, ירושלים.
מזרחי, ש', ויגודה-גדות, ע', כהן, נ' (2007). **ניהול הסקטור הציבורי: אמן
ושיתוף הציבור במערכת הבריאות**, נייר מחקר 2, המחלקה למינהל
ומדיניות ציבורית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

- Bendor, J. (1990). Formal Models of Bureaucracy: A Review, in: N.B. Lynn and A. Wildavsky (Eds.), *Public Administration: The State of the Discipline*. Chatham, NJ: Chatham House.
- Chernichovsky, D. (2002). Pluralism, Choice and the State in the Emerging Paradigms in Health Systems. *The Milbank Quarterly*, 80 (1): 5-40.
- Chernichovsky, D., Chernichovsky, M. (2006). *Decentralization in Healthcare: Concepts, Issues and Implementation Challenges*. World Bank. Mimeo.
- Miller, G., Moe, T. (1983). Bureaucrats, Legislators and the Size of Government. *American Political Science Review*, 77: 297-322.
- Niskanen, W.A. (1970). *Bureaucracy and Representative Government*. N.Y: Aldine-Atherton.